

# PFLEGEVERSICHERUNG/WHO CARES?

Nicht, dass wir uns für dieses Thema nicht interessieren. Im Gegenteil: Die Frage ist vielmehr, wer sich im Bedarfsfalle um pflegebedürftige Angehörige kümmert, und, wer bezahlt. Dabei ist uns durchaus bewusst, dass es bei diesem Thema um viel, viel mehr geht, als um das „wer“ und „wieviel“, aber den Umgang mit dem Leben und Sterben müssen wir alle selber bewältigen, so gut wir dies vermögen. Zum Thema:

Die DSVAE<sup>1</sup> fasst die gesetzliche Definition wie folgt zusammen: „Als pflegebedürftig gelten Versicherte, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung oder Behinderung dauerhaft, das heißt voraussichtlich mindestens für sechs Monate, in erheblichem Maße Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens brauchen“.

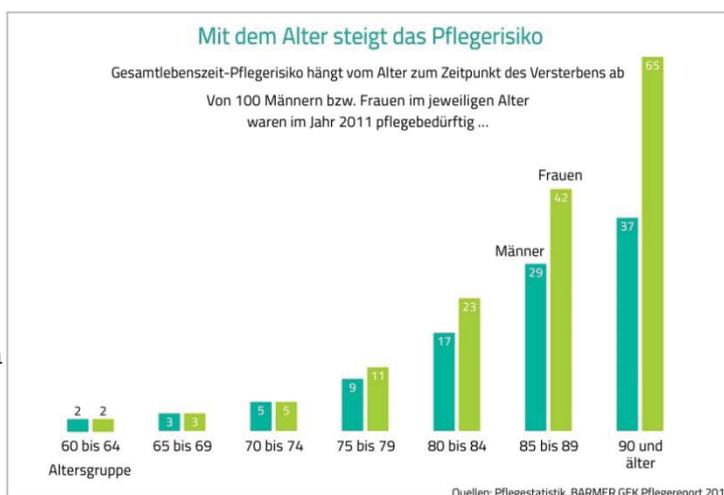
Jedes versicherungspflichtige und freiwillige Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung muss eine Pflegeversicherung abschließen, die auch für mitversicherte Familienangehörige gilt. Gleiches gilt für die Versicherten der substitutiven privaten Krankenversicherungen.

Über die staatliche Vorsorge<sup>2</sup> fließen nach einem „Katalog“<sup>3</sup> der Pflegebedürftigkeit und differenziert nach häuslicher und (teil-) stationärer Pflege Gelder und / oder Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung an den Versicherten, wenn dieser bei Pflegebedürftigkeit bestimmte Versicherungszeiten erfüllt hat, und einen Antrag stellt. Versicherte der privaten Krankenversicherungen werden entsprechend über die jeweiligen Versicherungsträger abgesichert.

Der Leistungsumfang des Pflegegeldes reicht von derzeit 120,00 EUR monatlich bei häuslicher Pflege / Pflegestufe I bis zu 1.550,00 EUR monatlich bei stationärer Pflege / Pflegestufe III - in sog. Härtefällen bis zu 1.918,00 EUR.

Diese gesetzliche Pflegepflichtversicherung „(...) stellt eine soziale Grundsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen dar, die die Eigenleistungen der Versicherten und anderer Träger nicht entbehrlich machen (...)“, formuliert die DSVAE weiter.

Für pflegende Angehörige gibt es einige ergänzende Erleichterungen, z. B. über die im Familienpflegezeitgesetz getroffenen Regelungen zur Flexibilisierung der Arbeitszeit. Danach können Beschäftigte wegen der Pflege naher Angehöriger ihre Arbeitszeit in einem Zeitraum von 24 Monaten auf bis zu 15 Wochenstunden reduzieren. Arbeitgeber können zum Ausgleich der Gehaltseinbußen einen Vorschuss auf die künftige Arbeitsleistung gewähren, der zinslos durch das BAFZA<sup>4</sup> finanziert werden kann. Das Ausfallrisiko, durch Tod oder Erwerbsunfähigkeit der Pflegeperson, ist durch eine vom Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben zertifizierte Familienpflegezeitversicherung abzudecken.



<sup>1</sup>[www.deutsche-sozialversicherung.de/de/pflegeversicherung/versicherte.html](http://www.deutsche-sozialversicherung.de/de/pflegeversicherung/versicherte.html) der DSVAE. Die Deutsche Sozialversicherung - Arbeitsgemeinschaft Europa e.V. ist ein Zusammenschluss der Spitzenverbände der Deutschen Sozialversicherungen

<sup>2</sup>Die gesetzlichen Regelungen zur Pflegeversicherung finden sich in der Hauptsache im Sozialgesetzbuch, SGB XI

<sup>3</sup>Beurteilt werden gesetzlich festgelegten Kriterien einer Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen

<sup>4</sup>Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben

# PFLEGEVERSICHERUNG/WHO CARES?

In jedem Falle lohnt sich übrigens eine ausführliche Beratung durch Pflegeberater der Kassen oder trägerunabhängige Pflegeberatungsstellen der Länder. Wir können hier nur einen ersten Überblick geben, der eine umfassende Beratung keinesfalls ersetzen kann.

Private Vorsorge ist also zu empfehlen. Zum Anreiz hat der Staat eine Regelung<sup>5</sup> getroffen, die den Abschluss von privaten Pflege-Tagegeldversicherungen mit einem Beitragszuschuss von monatlich 5,00 EUR befördern soll. Dafür hat der Versicherte einen Eigenbetrag von mind. 10,00 EUR monatlich selbst zu leisten. Versicherer unterliegen für diese Verträge einem Kontrahierungszwang, damit es auch Kunden mit (Vor)Erkrankungen möglich ist, solche Verträge abzuschließen. Außerdem müssen definierte Mindestleistungen vereinbart gelten. Versicherer haben aus dieser Regelung einen Standardtarif entwickelt. Über Leistungen aus einer solchen Police kann der Versicherte frei verfügen.

Hierzu ergänzend können weitere Möglichkeiten zur Vorsorge genutzt werden: Es gibt Tarife der privaten Krankenversicherer, die einen absoluten oder prozentualen Kostenzuschuss entsprechend der nachzuweisenden Vorleistung aus der gesetzlichen Pflegeversicherung vorsehen. Auch ein Pfl egetagegeld in Höhe eines „Wunschbetrages“ kann versichert werden. Für solche individuell kalkulierten Verträge wird in der Regel eine Gesundheitsprüfung des Versicherers erforderlich, die auch dazu führen kann, dass ein Vertrag nicht zustande kommt, oder Beitragszuschläge vereinbart werden. Beiträge, die über den Krankenversicherer in private Pflegeversicherungen gezahlt werden, unterliegen regelmäßig einer Anpassung über die Laufzeit. Im Falle des Todes der versicherten Person erfolgt in der Regel keine Leistung. Bei Vertragsschluss werden oft Wartezeiten vereinbart, die durchaus fünf Jahre betragen können.

Eine Alternative zum Pflege-Tagegeld sind die Tarife der Pflege-Rente die über die privaten Lebensversicherer in unterschiedlichen Varianten angeboten werden. So gibt es zum Beispiel Altersrentenversicherungen mit einer Option, die im Falle des Eintritts der Pflegebedürftigkeit eine Erhöhung der Rentenzahlungen vorsieht. Es gibt Bausteine, die für den Fall der Pflegebedürftigkeit eine einmalige Kapitalleistung vorsehen, oder bei Wegfall der Pflegebedürftigkeit eine Wiedereingliederungshilfe.

Pflege-Renten sind in der Regel etwas teurer, als die Pflege-Tagegelder, schließen aber oftmals Leistungen für den Todesfall ein. Dabei ist zu unterscheiden in Todesfalleistungen vor Rentenbeginn, z. B. als Rückzahlung eines Teils der bis dahin eingezahlten Beiträge, und nach Rentenbeginn, z. B. als Zahlung eines festen Betrages oder berechnet aus einem Teil der eingezahlten Beiträge abzüglich bereits gezahlter Renten.

Auch Berufsunfähigkeitsversicherungen bieten inzwischen zum Teil ergänzende Leistungen bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit, zum Beispiel über die Fortzahlung von Rentenleistungen über das Ende der eigentlich vereinbarten Leistungsdauer hinaus, teilweise lebenslang.

So vielfältig wie die Möglichkeiten der Absicherung heutzutage schon sind – eines muss einer Kaufüberlegung sicherlich vorausgehen: Die sorgfältige und ernsthafte Auseinandersetzung mit diesem wichtigen Thema selbst.

Und wenn Sie dann mehr über die Vorsorge für den Pflegefall wissen möchten, oder wenn Sie noch Fragen haben, dann rufen Sie uns sehr gern an, schreiben Sie uns eine Mail an [pflege@mapra.de](mailto:pflege@mapra.de) oder besuchen Sie uns persönlich in unserem Büro in der Moislinger Allee 53 - 55 in Lübeck oder in der Wendenstraße 130 in Hamburg.

Ihre MAPRA.

---

<sup>5</sup>Gemeint ist hier das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz von 2012